

HƯỚNG MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY

BS CKII. Bùi Việt Hoàng, Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai

Điện thoại: 0983234448

Email: viethoangdr@gmail.com

TÓM TẮT

Bài viết giới thiệu một số hướng mới trong điều trị tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay - tình trạng đổ mồ hôi quá nhiều, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tác giả đã tổng hợp từ 12 bài báo được chọn, với tổng số 1192 bệnh nhân được điều trị tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay, trong đó có 567 bệnh nhân được cắt giao cảm ngực T3 và 625 bệnh nhân được cắt giao cảm ngực T4. Sau khi phân tích, nghiên cứu cho thấy phẫu thuật cắt giao cảm ngực T4 có ít tác dụng phụ hơn so với phẫu thuật cắt giao cảm ngực T3. Vì vậy T4 có thể là mức tối ưu cho phẫu thuật cắt giao cảm ngực ở bệnh nhân tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay.

Từ khóa: Tăng tiết mồ hôi tay, phẫu thuật nội soi lồng ngực, tăng tiết mồ hôi bù trừ.

SUMMARY

The article introduces some new directions in the treatment of palmar hyperhidrosis - excessive sweating which negatively affects patients' quality of life. The author has synthesized from 12 selected articles, with a total of 1,192 patients treated for palmar hyperhidrosis, of which 567 patients received T3 thoracic sympathectomy and 625 patients received T4 thoracic sympathectomy. After analysis, the study shows that T4 thoracic sympathectomy has fewer side effects than T3 thoracic sympathectomy, so T4 may be the optimal level for thoracic sympathectomy in patients with palmar hyperhidrosis.

Keywords: palmar hyperhidrosis, thoracic sympathectomy, compensatory sweating

1. GIỚI THIỆU

Tăng tiết mồ hôi thường được định nghĩa là sự đổ mồ hôi quá nhu cầu sinh lý. Có lẽ Charles Dickens là người được công nhận sớm nhất mô tả các rối loạn này. Trong đó, ông mô tả nhân vật Uriah Heep trong tác phẩm David Copperfield với đầy đủ các biểu hiện lâm sàng của tăng tiết mồ hôi tay. Cắt hạch giao cảm sớm nhất để điều trị tăng tiết mồ hôi được thực hiện ở Châu Âu bởi Kotzareff năm 1920. Cắt hạch giao cảm điều trị tăng tiết mồ hôi đầu tiên ở Mỹ được thực hiện bởi Adson và cộng sự năm 1932. Nội soi lồng ngực cắt hạch giao cảm được thực hiện đầu tiên năm 1939.

Nội soi lồng ngực điều trị tăng tiết mồ hôi được báo cáo đầu tiên năm 1978. Các phương pháp tiếp cận chuỗi giao cảm qua đường cạnh sống, dưới xương đòn, xuyên qua nách đã được sử dụng.

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ DỊCH TỄ

2.1. Biểu hiện lâm sàng

Diễn hình bệnh nhân có tiền sử đổ mồ hôi bàn tay và bàn chân từ nhỏ. Phụ huynh báo cáo tình trạng ẩm ướt tay và chân đã có từ thuở ấu thơ. Đến khi bệnh nhân đến tuổi trưởng thành, tay ướt của họ ảnh hưởng xấu đến sự tương tác xã hội và ảnh hưởng đến lựa chọn nghề nghiệp. Đổ mồ hôi không liên tục và xảy ra cả lúc

bình tĩnh và khi stress. Đổ mồ hôi thường nặng hơn trong những tháng hè. Đổ mồ hôi nhiều hơn là ẩm ướt khi có stress. Đổ mồ hôi hình thành trên lòng bàn tay, ngón tay, lòng bàn tay, mô út và lấp đầy các nếp gấp lòng bàn tay. Mồ hôi thậm chí có thể chảy xuống cánh tay và nhỏ giọt xuống sàn nhà (Hình 1).

Gần như tất cả bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay cũng bị tăng tiết mồ hôi chân, mức độ và thời điểm tương tự như bàn tay. Có đến 50% bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay và chân có tăng tiết mồ hôi nách đồng thời gây ra bạc màu áo và hôi nách. Tăng tiết mồ hôi nách đơn độc thường gây phiền hà.

Tăng tiết mồ hôi được định nghĩa là đổ mồ hôi kéo dài trên 6 tháng đáp ứng ít nhất hai trong số các tiêu chuẩn sau đây:

- Bị hai bên và đối xứng;
- Ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày;
- Xảy ra ít nhất mỗi tuần;
- Khởi bệnh dưới 25 tuổi;
- Có tiền sử gia đình;
- Không đổ mồ hôi trong giấc ngủ.



Hình 1. Tăng tiết mồ hôi tay điển hình

2.2. Dịch tễ học

Dựa trên một khảo sát 13.000 sinh viên và học sinh trung học ở châu Á, tỷ lệ mắc được báo cáo là 4,6%. Một khảo sát gần đây trên 150.000 hộ gia đình ở Mỹ cho thấy tỷ lệ mắc là 2,8%. Tăng tiết mồ hôi có thể liên quan đến nhiễm độc giáp, bệnh lý thần kinh và các rối loạn di

truyền hiếm gặp. Có đến 65% bệnh nhân cắt hạch giao cảm ngực điều trị tăng tiết mồ hôi có tiền sử gia đình. Trong một nghiên cứu, phân tích dữ liệu họ hàng của 49 cá nhân bị ảnh hưởng dẫn đến kết luận rằng bệnh lý a-len hiện diện trong 5% dân số. Một nghiên cứu biểu đồ gen 11 gia đình cho thấy locus tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát nằm trên nhiễm sắc thể số 14.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị không phẫu thuật

1) *Bôi dung dịch muối nhôm (Drysol) 20%* là một dung dịch có nồng độ cao các thành phần chống ra mồ hôi, có thể được áp dụng hàng ngày ở vùng đổ mồ hôi trước khi đi ngủ. Hiệu quả do làm tắc nghẽn các ống tuyến mồ hôi hoặc làm teo các tế bào tiết mồ hôi. Một khi đạt được tình trạng giảm tiết mồ hôi như mong muốn, giảm tần suất sử dụng để đạt được hiệu quả cuối cùng. Tác dụng phụ bao gồm phát ban và tăng tiết nghịch thường. Hiệu quả chưa được đánh giá trong một thử nghiệm đối chứng và nhiều bệnh nhân thất bại với điều trị.

2) *Tiêm độc tố Botulinum A (Botox®)* làm ngưng tiết mồ hôi bằng cách ức chế sự phóng thích acetylcholine từ điểm cuối của thần kinh hậu hạch. Một thử nghiệm ngẫu nhiên đã chứng minh hiệu quả của phương pháp này trên tăng tiết mồ hôi nách. Mỗi lần điều trị bao gồm nhiều lần tiêm. Thời gian trung bình kiểm soát đổ mồ hôi thay đổi từ 6 - 9 tháng. Làm yếu các cơ nội tại của bàn tay đã được báo cáo trong 25 - 60% bệnh nhân. Tiêm độc tố Botulinum Toxin A thích hợp cho sự lựa chọn tăng tiết mồ hôi nách.

Một nghiên cứu gần đây, sử dụng công nghệ laser CO₂ vi điểm (Fractional CO₂ laser) kết hợp với Botulinum Toxin A cho thấy: mức giảm tiết mồ hôi trung

bình sau 2 tuần đầu tiên điều trị là 51,6%, 88,5%, 67,8% và 52,9% ở thời điểm 1, 2 và 3 tháng sau lần điều trị cuối cùng. Không có tác dụng phụ ở bất kỳ bệnh nhân nào. Laser CO₂ Fractional kết hợp Botulinum Toxin A là một kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong việc giảm tiết mồ hôi lòng bàn tay [7].

3) *Liệu pháp i-on*: kiểm soát tăng tiết mồ hôi tay đã được báo cáo đạt 82% trên 112 bệnh nhân điều trị mỗi ngày 15 phút trong hơn 8 ngày. Điều trị này bao gồm đặt tay hoặc chân vào trong dung dịch nước máy có dòng điện chạy qua (Drionic®). Sự giảm tiết mồ hôi được cho là do tác dụng của dòng điện làm kết tủa muối trong các ống tiết mồ hôi. Thời gian thuyên giảm bệnh trung bình 35 ngày. Ngứa ran, ban đỏ, phỏng da là tác dụng phụ không mong muốn.

4) *Thuốc kháng anticholinergic* đường uống như glycopyrrolate và oxybutynin về lý thuyết gây ức chế sự kích thích tuyến mồ hôi gây ra bởi phóng thích acetylcholine từ sợi thần kinh giao cảm hậu hạch. 180 bệnh nhân được điều trị liên tục tại một cơ sở duy nhất với liều Oxybutynin tăng dần cho đến liều tối đa 10mg/ngày. Bệnh nhân được đánh giá sau 12 tuần, 80% cải thiện triệu chứng và gần 75% cải thiện chất lượng cuộc sống sau 12 tuần. Khô miệng là triệu chứng thường gặp nhất (70,5%), 68% bệnh nhân có ít hoặc không có khô miệng. Có rất ít các triệu chứng khác, bao gồm nhức đầu (3,6%) và bí tiểu (2,8%). Một điểm yếu của nghiên cứu này là 22% bệnh nhân bỏ theo dõi, mở ra khả năng tỷ lệ thất bại điều trị cao.

3.2. Điều trị phẫu thuật

Mục đích của phẫu thuật là ngăn chặn sự kích thích thần kinh giao cảm đến tay. Sự gián đoạn của chuỗi giao cảm

có thể được thực hiện bằng cách cắt ngang, cắt bỏ hạch hoặc sử dụng clips. Cắt bỏ hạch giao cảm là không cần thiết và trên thực tế, có thể gặp khó khăn để xác định vị trí hạch do sự thay đổi thường xuyên của giải phẫu và sự hiện diện của lớp mỡ trung thất. Gần đây, Hiệp hội các phẫu thuật viên lồng ngực (STS) và Hiệp hội quốc tế về phẫu thuật giao cảm đồng công bố đánh giá đồng thuận về tăng tiết mồ hôi tay, giới thiệu một danh pháp thống nhất định hướng xương sườn để phẫu thuật tăng tiết mồ hôi. Đốt ở gian sườn 3 được gọi là “đốt R3, top.” một chuỗi clips ở xương sườn 4 gọi là “clipped R4, top”.

Đốt điện hoặc dùng clip đều đạt được sự gián đoạn chuỗi giao cảm [3]

CÁC CHUYÊN GIA CỦA STS ĐỒNG THUẬN GIỚI THIỆU	
Vị trí	Đề nghị phẫu thuật
Tay	R3 hoặc R4
Tay - Nách	R4 và R5
Nách	R4 và R5 hoặc chỉ R5

Chuỗi giao cảm bị gián đoạn trong ngực để đạt được mục đích làm giảm tiết mồ hôi mong muốn, đồng thời giảm tối thiểu tác dụng phụ vẫn chưa được biết chính xác. Tăng tiết mồ hôi tay được điều trị bằng cách cắt ngang T2, T3 hoặc T4 hoặc một số sự kết hợp của chúng. Trong suốt thập kỷ qua, một số thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên đánh giá mức tối ưu làm gián đoạn chuỗi giao cảm nhằm kiểm soát tăng tiết mồ hôi tay và giảm thiểu tỷ lệ biến chứng. Các dữ liệu của STS được xem xét lại nhiều thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên, cũng như nghiên cứu cứu vãn cứu và hồi cứu. Với tăng tiết mồ hôi tay đơn độc, các chuyên gia STS thống nhất đề nghị cắt ngang chuỗi

giao cảm ở xương sườn số 3 (R3) hoặc xương sườn số 4 (R4). Đề nghị này phần lớn dựa trên 2 nghiên cứu:

Một là, một thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên trên 141 bệnh nhân được điều trị bằng đốt điện ngẫu nhiên R3 hoặc R4.

Hai là, một nghiên cứu hồi cứu lớn hơn so sánh R4, R3 và R2.

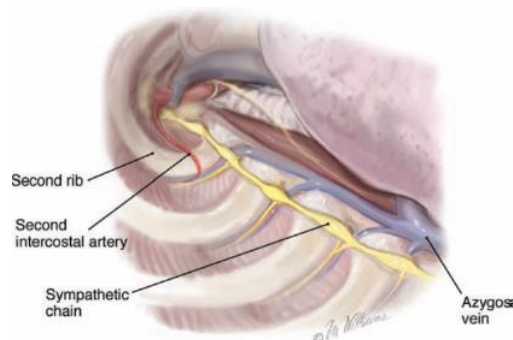
Mỗi nghiên cứu cho thấy hiệu quả rất tốt trong tất cả các nhóm, nhưng tăng nhẹ sự ẩm ướt trên lòng bàn tay ở nhóm R4, mặc dù giảm tăng tiết mồ hôi bù trừ và giảm tỷ lệ lòng bàn tay quá khô. Các chuyên gia của nhóm đồng thuận cũng đưa ra khuyến cáo về mức cắt ngang chuỗi giao cảm khác của tăng tiết mồ hôi. Với tình trạng đổ mồ hôi tay-nách hoặc nách có thể điều trị bằng cách cắt ngang chuỗi giao cảm chỉ ngang mức R5 hoặc kết hợp R4 và R5. Các khuyến cáo này đề ra danh pháp thống nhất và tiến hành làm gián đoạn mức chuỗi giao cảm với mục đích cho phép cải thiện kỹ thuật và kết quả hướng đến thành lập những hướng dẫn thực hiện dựa trên những bằng chứng mạnh mẽ.

Mỗi khuyến cáo cụ thể dành cho điều trị dựa trên một vài nghiên cứu nhỏ đơn trung tâm và cần được đánh giá bởi mỗi phẫu thuật viên theo kinh nghiệm và sự hiểu biết của họ. Nhìn chung, cắt càng nhiều thì đổ mồ hôi bù trừ càng nhiều [1], [3].

Nhận diện chính xác mức giải phẫu là bắt buộc. Xương sườn số 2 thường là xương sườn gần nhất thấy được trong lồng ngực và có thể xác định chính xác vì nó nằm cao nhất, có một nhánh động mạch đi xuống cắt ngang xương sườn cách chuỗi giao cảm 1cm. Nhánh động mạch này bắt nguồn từ động mạch dưới đòn và hình thành nên động mạch gian sườn 2 (Hình 2). Khoảng gian sườn 1 được bao phủ bởi một lớp mỡ và xương

sườn số 1 hiếm khi thấy được trong lồng ngực. Các mốc giải phẫu khác là tĩnh mạch đơn, thường nằm ngang mức gian sườn 5 và quai động mạch chủ ở mức gian sườn 4. Số xương sườn có thể xác định chính xác bằng cách chụp X quang trong mổ sau khi đánh dấu một xương sườn bằng mảnh kim loại.

Nội soi lồng ngực cắt hạch giao cảm hai bên là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn để điều trị tăng tiết mồ hôi tay. Nằm viện là không cần thiết, kết quả đều tuyệt vời. Hầu như tất cả bệnh nhân khô tay, bàn tay ẩm [2].



Hình 2. Nhánh động mạch chạy xuống băng qua xương sườn 2 bên cạnh chuỗi giao cảm

Gần đây, Ủy ban gồm các chuyên gia của Trung Quốc đã công bố đồng thuận về điều trị tăng tiết mồ hôi tay phiên bản 2021 như sau:

- Điều trị không phẫu thuật không được khuyến khích ở những bệnh nhân tăng tiết mồ hôi bàn tay nặng (mức độ bằng chứng: mức 1, độ mạnh khuyến cáo: mạnh mẽ).
- Phong bế chuỗi giao cảm không được khuyến cáo do hiệu quả chữa bệnh không ổn định (mức độ bằng chứng: mức 2B, độ mạnh khuyến cáo: mạnh mẽ); phong bế bằng cồn hoặc sóng radio hiệu quả ngay tức thì trong thời gian ngắn nhưng tỷ lệ tái phát 20-40%.
- Phẫu thuật nội soi lồng ngực cho đến nay là lựa chọn điều trị tốt nhất cho

tăng tiết mồ hôi tay với tác dụng chữa bệnh ổn định và bền vững nhất (mức độ bằng chứng: mức 1; độ mạnh khuyến cáo: mạnh mẽ).

- So với cắt hạch giao cảm, clips, cắt ngang chuỗi giao cảm là đơn giản nhất và là phương pháp thuận tiện để can thiệp vào chuỗi giao cảm với hiệu quả phẫu thuật tương đương (mức độ bằng chứng: 1; độ mạnh của khuyến cáo: mạnh mẽ).

- Cắt ngang chuỗi giao cảm R3 và R4 đều là quy trình chuẩn cho điều trị tăng tiết mồ hôi tay (mức độ bằng chứng: mức 1; độ mạnh khuyến cáo: mạnh mẽ.)

- Phẫu thuật cắt ngang chuỗi giao cảm R2 hoặc cắt bỏ hạch giao cảm R2 là nguyên nhân chính của tăng tiết bù trừ trung bình/nặng. Quy trình này không nên áp dụng trong điều trị tăng tiết mồ hôi tay (mức độ bằng chứng: 1; độ mạnh của khuyến cáo: mạnh mẽ) [4].

3.3. Kết quả nội soi lồng ngực cắt hạch giao cảm

Hầu như tất cả bệnh nhân tăng tiết mồ hôi tay được chữa khỏi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. Bảng câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống chứng minh rằng hơn 90% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật. Lý do chính của sự không hài lòng là tăng tiết bù trừ và tái phát. Sự tái phát xảy ra sau một vài năm được báo cáo khoảng 1-3%. Tăng tiết mồ hôi tay tái phát do gián đoạn thần kinh không hoàn toàn và do thần kinh tái sinh.

3.4. Biến chứng và di chứng của phẫu thuật

Tức thì

Sau mổ, bệnh nhân thường than phiền đau vết mổ và đau sau xương ức, đau tăng lên khi ho và thở sâu. Thuốc giảm đau gây nghiện thường là cần thiết trong 48h đầu. Bệnh nhân trở lại với công việc hoặc đến trường 3-7 ngày sau mổ. Giảm tiết mồ hôi xảy ra ở vùng ngực trên

và mặt. Chảy máu sau mổ là biến chứng muộn có thể xảy ra do tổn thương các cấu trúc trong hoặc ngoài lồng ngực.

Chảy máu nhiều từ thành ngực có thể đi vào khoang màng phổi mà không chảy ra ngoài. Cần chụp lại X quang ngực và xét nghiệm công thức máu khi hạ huyết áp không rõ nguyên nhân.

Hội chứng Horner (sụp mí, co đồng tử, giảm tiết mồ hôi) xảy ra dưới 1% do tổn thương thần kinh giao cảm đi qua hạch sao. Với kinh nghiệm rút ra từ các phẫu thuật, biến chứng này trở nên cực kỳ hiếm. Tổn thương này xảy ra do nhận diện sai hoặc do sức nóng của đốt điện truyền đến. Sụp mí xảy ra ngay lập tức và thường lâu dài.

Mạn tính

Sau khi cắt thần kinh giao cảm ngực, có đến 100% phát triển đổ mồ hôi bất thường trên những vùng trước đó không bị ảnh hưởng, phụ thuộc vào vị trí gián đoạn chuỗi giao cảm. “Đổ mồ hôi bù trừ” thường không gây phiền toái lắm và tất cả những nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hài lòng rất cao. Tuy nhiên, có khoảng 10% bệnh nhân đổ mồ hôi bù trừ nặng ở vùng ngực, đùi và cẳng chân, có thể nặng như đổ mồ hôi tay. Nguyên nhân của di chứng nghiêm trọng nhất này còn mơ hồ. Chỉ số khối cơ thể (BMI) >30 có tương quan đến tăng mức độ nặng của đổ mồ hôi bù trừ trong một nghiên cứu 44 bệnh nhân và một nghiên cứu hồi cứu lớn khác cho thấy mức độ đổ mồ hôi bù trừ nặng hơn khi BMI >30.

4. KẾT LUẬN

Cắt ngang chuỗi hạch giao cảm R2 là cần thiết để đạt được khô tay nhưng đổ mồ hôi bù trừ tăng lên. Hai nghiên cứu ngẫu nhiên đối xứng cho thấy chỉ cắt ngang chuỗi giao cảm R3 đạt được khô

tay và cải thiện đồ mồ hôi bù trừ hơn so với R2 hoặc R2-R4.

Một nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng và một nghiên cứu hồi cứu lớn đã báo cáo cắt ngang chuỗi hạch R4, đồ mồ hôi bù trừ ít gặp hơn và ít nghiêm trọng hơn so với cắt ngang chuỗi hạch ở R3 hoặc R2. Tuy nhiên, cắt ngang chuỗi hạch giao cảm R3 phù hợp với điều trị

tăng tiết mồ hôi tay nặng, còn cắt ngang chuỗi hạch giao cảm R4 thích hợp hơn với điều trị tăng tiết mồ hôi nách [5], [6]. Các nghiên cứu cũng cho thấy phẫu thuật cắt giao cảm ngực T4 có ít tác dụng phụ hơn so với phẫu thuật cắt giao cảm ngực T3, vì vậy T4 có thể là mức tối ưu cho phẫu thuật cắt giao cảm ngực ở bệnh nhân tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay.

TÀI LIỆU TRÍCH DẪN

- [1] Amit Bhargava and Steven M.Keller (2015), *Thoracoscopic sympathectomy for hyperhidrosis and vasomotor disorders*, *Aldult chest surgery 2th 2015*, Mac Graw Hill, chap 146, 1175-1181.
- [2] Daniel L. Miller, Meagan M. Miller Keller (2016), *Surgical treatment of Hyperhidrosis. Sabiston & Spencer Surgery of the Chest*. Saunders Elsevier 2016. chap 44, 745-749.
- [3] Robert J. Cerfolio et al.(2011),*The Society of Thoracic Surgeons Expert Consensus for the Surgical Treatment of Hyperhidrosis*, *Ann Thorac Surg* 2011;91:1642–8
- [4] Yanguo Liu, Wenhan Weng, Yuanrong Tu, Jun Wang (2022), “Chinese expert consensus on the surgical treatment of primary palmar hyperhidrosis” (2021 version), *Chinese Medical Journal* 2022;135(11)
- [5] Hongya Xie et al. (2020), “A retrospective cohort study of T3 versus T4 thoracoscopic sympathectomy for primary palmar hyperhidrosis and primary palmar hyperhidrosis with axillary and plantar sweating”, *Videosurgery Miniinv* 2020; 15 (3): 488–495
- [6] Wei Yunwei; Xu, Zhiqing; Li, Hui (2021), ”The Best Thoracic Sympathectomy Level for Palmar Hyperhidrosis: a Meta-analysis”, *Indian Journal of Surgery*; New Delhi Vol. 83, Iss. 4, (2021): 828-834
- [7] Natchaya Junsuwan, Woraphong Manuskiatti, Weeranut Phothong, Rungsima Wanitphakdeedecha (2021), “Fractional CO₂ laser-assisted Botulinum toxin type A delivery for the treatment of primary palmar hyperhidrosis”, *Lasers in Medical Science* (2021) 36:233–236